



בשנים האחרונות העלה משרד הבריאות את נושא הטיפול בחולי נפש על סדר יומו, וגם נחקק חוק לשיקום נכי נפש בקהילה. עם זאת, על משרד הבריאות, בין שירות ובין באמצעות קופות החולים, לשפר את זמינותם ואת איכותם של שירותי המרפאה הניתנים לחולי הנפש. עליו לסיים את היערכותו למימוש זכותם של נכי נפש רבים ככל האפשר לקבלת סל שיקום מתאים. הכרחי גם שיגיע להסכמה עם קופות החולים בדבר הדרך למתן טיפול הולם לחולי הנפש ובדבר הסכומים הנדרשים לכך.

מכשירי שיקום וניידות

חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994 (להלן - החוק), קובע כי שירותי הבריאות יינתנו על פי סל שירותי בריאות. הסל כולל גם מכשירים שמשרד הבריאות משתתף במימנם, כנקבע בתוספת השלישית לחוק. בשנת 1995 קבע המשרד "נוהל אישור מכשירי שיקום וניידות במשרד הבריאות" (להלן - הנוהל)¹⁸. הנוהל עוסק במכשירים הניתנים באמצעות לשכות הבריאות - כגון כיסאות גלגלים המופעלים ידנית ומכשירי שמיעה לילדים ולנוער - ובמכשירים נוספים הניתנים רק לאוכלוסייה המשוחררת מתשלום - כמו למשל הליכוניס רגילים¹⁹.

הטיפול בנושא מכשירי שיקום וניידות נעשה בעיקר באמצעות שני גופים במשרד הבריאות: שירותי בריאות הציבור (להלן - שב"צ) באמצעות לשכות הבריאות²⁰; והמחלקה לפיזיותרפיה.

בחודשים יולי-ספטמבר 2001, לסירוגין, עשה משרד מבקר המדינה במשרד הבריאות ביקורת על טיפולו של המשרד ברכישת מכשירי שיקום וניידות. בדיקות פרטניות נעשו בארבע לשכות בריאות של המשרד - לשכת הבריאות המחוזית בתל אביב, לשכת הבריאות הנפתית ברחובות במחוז המרכז, ולשכות הבריאות הנפתיות בעכו ובעפולה (להלן - לשכת יזרעאל) במחוז הצפון.

הגורמים המטפלים במכשירי שיקום וניידות

אזרח הזקוק למכשיר שיקום או למכשיר ניידות המפורטים בתוספת השלישית לחוק (להלן - המבקש), יכול לפנות - בעצמו או באמצעות גופים אחרים, כמו קופת החולים שהוא מבוטח בה - ללשכת הבריאות באזור מגוריו, בבקשה להשתתפות משרד הבריאות במימון רכישת המכשיר²¹.

הבקשה מטופלת בלשכת הבריאות בידי צוות מקצועי. הצוות מוסמך לאשר מכשירי שיקום וניידות מסוימים, כמו כיסאות גלגלים המופעלים ידנית ומכשירי שמיעה; בקשה למכשיר שהצוות אינו מוסמך לאשר מועברת לדיון בוועדת החריגים. בעיקר אמור הדבר במכשירי שיקום ממונעים, כמו כיסאות גלגלים ממונעים ומיטות עם מנגנון הפעלה חשמלי; המבקש זכאי לערער על ההחלטה, וערעורו מופנה אל ועדת החריגים; אם התקבלה הבקשה, יקבל המבקש את המכשיר בהשאלה

18 הנוהל הוא נוסח מעודכן של הנוהל שנקבע בשנת 1984.

19 משרד הבריאות מסר את הטיפול במכשירי שיקום מסוימים - כגון גפיים תותבות - לחברה פרטית, והיא אחראית להדרכה, לפיקוח, למעקב ולאספקת המכשירים. נושא זה לא נבדק.

20 חלק קטן מהפניות מטופלות באמצעות מרכז השיקום במרכז הרפואי ע"ש שיבא בתל השומר.

21 משרד הבריאות אינו משתתף במימון רכישת מכשירי שיקום וניידות לנפגעי צה"ל וכוחות הביטחון, לנפגעי תאונות עבודה, לנפגעי פעולות איבה ולנפגעי תאונות דרכים (משנת 1979 ואילך).

ממחסן של משרד הבריאות, ברכישה עצמית או ברכישה בידי המשרד. היחידה לבינוי, נכסים, אפסנאות ומשק במחוז רוכשת מכשירים, וגזברות המחוז משלמת לספקים או למבקשים שרכשו בעצמם את המכשירים.

במארס 2000 הגיש האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות למנכ"ל המשרד, דוח בנושא מכשירי השיקום והניידות (להלן - המכשירים). בדוח נאמר, בין היתר, כי כתוצאה מהתפתחות טכנולוגית מואצת ובניית מכשירים מתוחכמים לשימושם של נכים, גדל הצורך בהתמקצעות של העוסקים בנושא זה; אולם הטיפול בנושא הוטל על עובדים שלא יועדו מלכתחילה לעסוק בו אלא עסקו בהשמה של חולים סיעודיים.

הביקורת העלתה, כי גם בעקבות הדוח האמור אין במשרד הבריאות עובד שמונה לנהל את הנושא. על הצד המקצועי מופקדת הסגנית של הפיזיותרפיסטית הארצית, שהיא גם יו"ר ועדת החריגים, ועל הצד המינהלי מופקד הסגן של האחראי למינהל בריאות הציבור בשב"צ; ועיקר הטיפול - אישור השתתפות המשרד במימון רכישת המכשירים והטיפול ברכישתם או במתן החזר כספי עבורם - נעשה בלשכות הבריאות ובמחוזות של המשרד.

נמצא, כי במהלך השנים האחרונות הועלו במשרד הבריאות ספקות בדבר אופן הטיפול בנושא, והמשרד הצהיר על כוונתו להעביר את הטיפול במכשירי השיקום והניידות לידי קופות החולים, ואת הטיפול ברכישת המכשירים להעביר לחברה פרטית שמספקת, בין היתר, ציוד לבתי חולים ממשלתיים. נמצא, כי עד מועד סיום הביקורת, ספטמבר 2001 (להלן - מועד סיום הביקורת), לא הועבר הטיפול לגופים אלה. בתשובתו למשרד מבקר המדינה מינואר 2002 הודיע משרד הבריאות, כי הוא החליט להקים צוות בראשות מנכ"ל המשרד, שינהל משא ומתן עם קופות החולים בעניין העברת האחריות לטיפול בנושא המכשירים לקופות.

היקף הפעילות

נתונים סטטיסטיים על מספר המכשירים

הביקורת העלתה, כי למשרד הבריאות אין נתונים ארציים מלאים ומדויקים על המספר הכולל של הבקשות שהוגשו ללשכות הבריאות להשתתפות המשרד במימון רכישת מכשירים, וכי יש בידי רק נתונים חלקיים²² על מספר המכשירים שאושרו בידי הלשכות ובידי ועדת החריגים. נתונים אלה הופקו על פי דיווחים ידניים של הלשכות, ולפייהם בשנת 2000 אישר המשרד - באמצעות הלשכות או באמצעות ועדת החריגים - 10,598 מכשירים. מהשוואת נתונים אלה לנתונים שהוצגו בדוח האגף להבטחת איכות על מספר המכשירים שאושרו בשנת 1995 עולה, כי במהלך השנים 1995-2000 היה גידול של 66% במספר המכשירים. עוד העלתה הביקורת, כי לעובדי הלשכות לא ברור תמיד על מה עליהם לדווח.

מהאמור לעיל עולה, כי למשרד הבריאות אין מאגר נתונים על מספר הבקשות להשתתפות המשרד ברכישת מכשירים, על מספר המכשירים שאושרו ועל עלותם. מאגר נתונים כזה הוא הכרחי לצורכי תכנון, תקצוב וקביעת מדיניות בתחום הזה. בתשובתו הודיע המשרד, כי החל בינואר 2002 יונהג דיווח ממוחשב על המכשירים, במקום הדיווח הידני.

22 ממסמכי משרד הבריאות עולה, כי יש בידי נתון על רשומות של מכשירים רפואיים, אולם חסרות רשומות נוספות שהלשכות לא מסרו לו בחודשים אוקטובר - דצמבר 2000. שאר הנתונים, כמו למשל העלות הכוללת של המכשירים שאושרו בשנת 2000, והתפלגות הרשומות בין סוגי המכשירים השונים הם נתונים משוערים בלבד.

השתתפות משרד הבריאות במימון רכישת המכשירים

הנוהל קובע כללים לחישוב השתתפותו של משרד הבריאות ברכישת המכשירים, ובדרך כלל סכום ההשתתפות נקבע לפי 75% ממחיר המכשיר ולא יותר מהמחיר המרבי שנקבע בנוהל לכל סוג מכשיר. נמצא, כי מאז שנת 1995, מועד קביעת הנוהל, ועד מועד סיום הביקורת, לא עודכנו המחירים המרביים, למעט המחיר המרבי ברכישת סוגים מסוימים של כיסאות גלגלים המופעלים ידנית²³. יצוין, כי בנסיבות מסוימות המשרד פוטר את המבקש מהשתתפות במימון רכישת המכשיר, בהתאם למבחני הכנסה.

כאמור, במהלך השנים חלה התפתחות טכנולוגית מואצת, ויוצרו מכשירים מתוחכמים לשימוש של נכים. נמצא, כי למשרד הבריאות הגיעו תלונות בעניין שיעור ההשתתפות הנמוך של המשרד במימון רכישת המכשירים, ובייחוד רכישת מכשירי שמיעה. יצוין, כי המשרד משתתף במימון רכישתם של מכשירי שמיעה רק לילדים ולבני נוער עד גיל 18, ובנוהל נקבע, כי המחיר המרבי של מכשיר שמיעה הוא 2,000 ש"ח. לדוגמה, אחת התלונות היתה ששיעור ההשתתפות של המשרד במימון רכישת מכשיר בשנת 2001 היה נמוך במידה רבה משיעור ההשתתפות ברכישת מכשיר בשנת 1995 וירד מכ-80% לכ-30%.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לבחון את סוגיית השחיקה בשיעור השתתפותו במימון רכישת מכשירים. הדבר עלול לפגוע באנשים בעלי מוגבלות שאין ביכולתם לרכוש מכשירים חדשניים המתאימים לצורכיהם.

טיב השירות

1. הביקורת העלתה, שהטיפול בבקשות להשתתפות משרד הבריאות במימון רכישת מכשירים רפואיים נעשה בעיקר ידנית וללא עזרתה של מערכת ממוחשבת, וכי אין הוראה אחידה באשר לארגון המסמכים בתיקי הבקשות והנתונים שיש לכלול בהם לשם מעקב אחר יעילות הטיפול בפונים ואיכותו. בנסיבות אלה נפגע טיב השירות שהמשרד נותן למבקשים.

במהלך הטיפול בבקשות בלשכות, מפנים המבקשים אל הצוותים המטפלים שאלות בדבר שלבי הטיפול בבקשה, בין היתר, בנושא המכשירים. הביקורת העלתה, כי בשל העדר ארגון שיטתי, מסודר וממוחשב של תיקי המטופלים, פעמים רבות התשובות על השאלות אינן מסתמכות על מידע כתוב אלא על זיכרונם של עובדים. כדי שהלשכה תוכל לשרת כראוי את המבקשים וכדי שיהיה אפשר לבקר את התהליך כולו, יש להקפיד על ארגון שיטתי של תיק הבקשה. הביקורת גם העלתה, שבמצב הקיים כל לשכה מנהלת את תיקי הבקשות באופן שונה.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מינואר 2002 הודיע משרד הבריאות, כי עד יולי 2002 תיבנה מערכת ממוחשבת למעקב אחר הטיפול בבקשות ולניהול נושא השאלת המכשירים.

2. הביקורת בלשכת הבריאות ברחובות העלתה, כי משרדי הצוות המטפל, בין היתר, בנושא המכשירים, אינם נגישים לנכים, וכי תנאי העבודה של הצוות מקשים עליו לתת שירות הולם למגישי הבקשות: המשרדים נמצאים בקומת מרתף של הבניין, והירידה אליהם היא באמצעות חמש מדרגות; הגישה למשרדים היא דרך מגרש חניה צפוף, ולעתים אין די מקום למעבר כיסא גלגלים.

לדברי הצוות, כאשר יש צורך לשוחח עם נכה בכיסא גלגלים או להחתימו על מסמכים, עובדת הצוות פוגשת אותו בכלי הרכב שלו או על המדרכה שלפני הבניין; קבלת קהל נעשית בתנאים של צפיפות רבה ולפונים אין פרטיות. יש לפעול בדחיפות לפתרון מצב מביש זה.

סדרי הטיפול בבקשות למכשירי שיקום וניידות

משרד מבקר המדינה בדק בארבע לשכות הבריאות האמורות את הטיפול בבקשות להשתתפותו של משרד הבריאות במימון רכישת מכשירים, שהוגשו בשנים 1999-2001.

בקשות להחזר כספי

חלק ניכר מהמבקשים רוכשים את המכשירים בעצמם (להלן - רכישה עצמית) ומגישים בקשה להשתתפות משרד הבריאות במימון הרכישה. לדוגמה, בשנת 2000 נרכשו בלשכת תל אביב 1,435 מכשירים - 1,068 (74%) מהם ברכישה עצמית. הנוהל קובע, כי רק לאחר שנבדק ונמצא שהמבקש זכאי למכשיר, ייתן לו המשרד החזר כספי; ההחזר יינתן בתוך 30 יום מתאריך הצגת החשבונית.

בשנת 2000 טיפלו ארבע הלשכות ב-3,329²⁴ בקשות שהיו כרוכות בהחזר כספי של משרד הבריאות למבקש, ומהן בדק משרד מבקר המדינה 111 (3%) בקשות שנבחרו באקראי. התברר, שמשך הטיפול בבקשה²⁵ בלשכת תל אביב היה 97 ימים בממוצע; בלשכת רחובות - 91 ימים; בלשכת עכו - 47 ימים; ובלשכת יזרעאל - 24 ימים. יוצא אפוא, שמרבית ההחזרים ניתנו באיחור, בעיקר בלשכות תל אביב ורחובות, שבהן נמשך הטיפול כשלושה חודשים בממוצע - פי שלושה מהנקבע בנהל.

מכשירי ניידות ממונעים

הנוהל קובע, כי מתפקידה של ועדת החריגים לקבל החלטות בדבר השתתפותו של משרד הבריאות ברכישת מכשירים שאין בסמכות הלשכה לאשר, ובהם כסאות גלגלים ממונעים (להלן - כיסאות ממונעים). ממסמכי הוועדה עולה, כי בשנת 2000 היא דנה ב-369 בקשות; מקצתן בקשות לאישור השתתפות המשרד, מקצתן בקשות להגדיל את השתתפותו, ומקצתן ערעורים על החלטות קודמות. לפי הנתונים החלקיים שבידי המשרד, היא אישרה באותה שנה לרכוש כ-100 כיסאות ממונעים. משרד מבקר המדינה בדק 21 בקשות שוועדת החריגים טיפלה בהן. יצוין, שכל הבקשות הללו אושרו, ורובן היו לרכישת כיסאות ממונעים. בכל בקשה חושב משך זמן הטיפול ממועד הגשתה ועד לסיום הטיפול בה²⁶.

- 24 לפי נתונים שמסרו הלשכות למשרד מבקר המדינה.
- 25 המספר נקבע לפי מספר הימים שעברו בין המועד שבו היו בידי הצוות כל המסמכים הדרושים לשם טיפול בבקשה, לבין יום התשלום בפועל.
- 26 אם משרד הבריאות רכש את המכשיר, מועד סיום הטיפול הוא מועד מסירת המכשיר; אם המבקש רכש את המכשיר, מועד סיום הטיפול הוא יום מתן ההחזר.

נמצא, כי משך הטיפול בעשר בקשות שהיו כרוכות ברכישת המכשיר בידי משרד הבריאות והטיפול בהן הסתיים, היה 10.5 חודשים בממוצע; הטיפול בארבע בקשות שהיו כרוכות ברכישת המכשיר בידי המבקשים נמשך שמונה חודשים בממוצע; הטיפול בבקשה להגדלת השתתפות המשרד במימון רכישת מכשיר שאינו ממונע נמשך שישה חודשים; והטיפול בשש בקשות נוספות - שתיים שהוגשו בנובמבר 2000; וארבע שהוגשו במהלך החודשים ינואר-מאי 2001 - לא הסתיים עד ספטמבר 2001, מועד סיום הביקורת.

הטיפול בבקשות בוועדת החריגים

מן האמור לעיל עולה שהליך הטיפול בבקשות בוועדת החריגים הוא ארוך ומורכב. להלן הגורמים לכך:

1. **ריבוי גורמים מטפלים:** הטיפול בבקשה נעשה בידי שלושה גורמים - קופת החולים; משרד הבריאות, באמצעות לשכת הבריאות ובאמצעות ועדת החריגים; והספק של המכשיר - והוא דורש שיתוף פעולה ביניהם. כך, למשל, קופת החולים שבה מבוטח המבקש מעורבת הן בשלב שלפני הגשת הבקשה ללשכה והן בשלב ההחלטה, באמצעות פיזיותרפיסט או מרפא בעיסוק המורשים להמליץ איזה מכשיר מתאים למבקש (להלן - איש מקצוע מורשה), שהם פעמים רבות עובדי הקופה.

בדוח שהכין האגף להבטחת איכות במשרד הבריאות במאוס 2000 נאמר, כי "פיצול הטיפול בין קופות החולים לבין לשכות הבריאות יוצר כפילויות המכבידות על המערכת. בנוסף, באופן טבעי, קיימת נטייה להעביר את האחריות לעיכובים ולבעיות שמתעוררות מהאחד לשני".

2. **אופן פעילותה של ועדת החריגים:** ועדת החריגים מתכנסת בדרך כלל אחת לחודש, ודנה בבקשות שהועברו אליה מכל לשכות הבריאות. על יו"ר הוועדה מוטל גם לבחון את הדוח על ביקור הבית ואת המפרט של המכשיר שהגיש לה איש מקצוע מורשה, וכן לבקש מהלשכה לקבל משלושה ספקים הצעות מחיר למכשיר המבוקש, לבחון את ההצעות ולבחור אחת מהן.

נמצא, שמשרד הבריאות ער לעומס המוטל על ועדת החריגים, וכי הוא פועל להקמת ועדות מחוזיות. בתשובתו למשרד מבקר המדינה בנובמבר 2001 הודיע המשרד, כי במחוז הצפון כבר פועלת ועדה מחוזית, וכי הוא פועל להקמת ועדות גם במחוזות תל אביב והמרכז.

כאמור, ועדת החריגים פועלת גם כוועדת ערר, הדנה הן בבקשות שההחלטות בעניינן ניתנו בלשכה, והן בבקשות שההחלטות בעניינן התקבלו בוועדת החריגים. כלומר, הוועדה דנה גם בהחלטות שקיבלה היא עצמה. בנסיבות אלה נפגעת זכותם של המבקשים מכשירים שבסמכות ועדת החריגים, לבחינה ביקורתית של ההחלטה בעניינם.

מן האמור לעיל עולה, שהטיפול בבקשות הטעונות החלטה של ועדת החריגים מתעכב בשל עומס רב על הוועדה, בשל תלות מוחלטת של ההחלטות ביו"ר הוועדה ובשל ריבוי הגורמים המטפלים בבקשות. לדעת משרד מבקר המדינה, הטיפול בבקשות האמורות הוא ארוך ומסורבל מדי, מה עוד שמדובר באנשים בעלי מוגבלות המתקשים לתפקד ללא מכשירים ממונעים. הקמת ועדות מחוזיות אכן עשויה להקל את העומס המוטל על ועדת החריגים, ואף לאפשר לה לשמש ועדת ערר בלבד ולא לשמש גם הגורם המוסמך לטפל בבקשה וגם לדרון בערר עליה.

שימוש בכיסאות ממונעים ככלי רכב

יש שנכים בעלי כיסאות ממונעים משתמשים בכיסא ככלי רכב לנסיעה בכביש. תקנות התעבורה, התשכ"א-1961 (להלן - התקנות), קובעות, בין היתר, כי "כסא גלגלים לנכה" הוא כיסא "המונע בכוח חשמלי ומהירותו אינה עולה על 10 קמ"ש"; וכי לא יסיע אדם כיסא גלגלים לנכה בכביש. בנוהל נקבע, בין היתר, כי מהירותו של הכיסא תוגבל ל-6 קמ"ש. לדעת משרד מבקר המדינה, כדי שהגבלת השימוש בכיסא גלגלים למדרכות תהיה מעשית, יש לדאוג שבכל מדרכה יהיו שיפועים שיאפשרו לנכים בכיסאות גלגלים לחצות את הכביש. כיוון שהדבר לא נעשה במדרכות רבות, נאלצים הנכים להסיע את כיסאות הגלגלים על הכביש.

הביקורת העלתה, כי בשנת 1996 נדון הנושא בלשכות הייעוץ המשפטי של משרדי הבריאות והתחבורה. סגנית הפיזיותרפיסטית הארצית במשרד הבריאות מסרה למשרד מבקר המדינה, כי המשרד עושה מבדקים בעניין כשירותם של הנכים להפעיל כיסא ממונע, בעיקר כשמדובר בילדים ובמי שמפעילים לראשונה כיסא ממונע. כן נמצא, כי משרד התחבורה דן בעבר בנושא זה, אך לא נמצא שהוא נקט פעולות כלשהן בעניין.

בתשובתו למשרד מבקר המדינה מסר משרד התחבורה, כי "כסאות גלגלים לנכים אינם מורשים לנוע בכבישים ובאחריות משטרת ישראל לאכוף זאת"; המשטרה ענתה כי לדעתה, "מן הראוי להמעיט באכיפה כנגד הנכים והדרך הנכונה להשיג התרעה, שמירה על הוראות החוק בהקשר זה ושמירה על שלום הנכים שבדרך היא באמצעות הסברה".

הטיפול בנושא הנדון נמצא באחריותם של גופים אחדים, ובהם משרד הבריאות, משרד התחבורה והמשטרה. מאחר שבפועל, יש נכים שמשתמשים בכיסא ממונע ככלי רכב, והדבר עלול לסכן אותם ואת הנוהגים בכביש, ראוי, שהגופים האמורים ידונו בנושא ויבחנו אם צריך לקבוע כללים בעניין השימוש בכיסאות ממונעים, ואם צריך להתקין בכיסאות כאלה אבזרי בטיחות כדי להקטין את הסיכון הכרוך בנסיעתם בכביש.

תיקון מכשירי ניידות ממונעים

הנוהל קובע, שמשרד הבריאות ישתתף ב-90% מעלות התיקון של מכשירי ניידות ממונע שהמשרד השתתף במימון רכישתו; אורחים הפטורים מהשתתפות במימון רכישת המכשירים, זכאים להשתתפות המשרד גם בתיקון מכשירי ניידות שאינם ממונעים. נמצא, כי עד שנת 1998 נעשו התיקונים של המכשירים האמורים בידי ספקים של המכשירים; בתחילת שנת 1999 הקים המשרד מערך ארצי לתיקון כיסאות גלגלים המופעלים ידנית וכיסאות ממונעים (להלן - המערך הארצי); ההחלטה להקים את המערך הארצי התקבלה משיקולי חיסכון - כדי להוזיל את מחירי התיקונים שהמשרד משתתף במימנם - ומתוך כוונה לשפר את איכות התיקונים. במערך הארצי מועסקים שבעה עובדים בארבע משרות וחצי, ופעילותו כרוכה ברכישת חלקי חילוף ובהחזקת כלי רכב המתאים להעברת כיסאות ממונעים. בשנת 2000 קיבל המערך הארצי 714 פניות לביצוע תיקונים.

התברר, כי חלק מהתיקונים שהמערך הארצי מטפל בהם נעשים בבתי הנכים בידי טכנאי אחד בלבד (להלן - הטכנאי), בכל רחבי הארץ; חלק מהם נעשים במרכזי תיקונים של משרד הבריאות; וחלק מהם בבתי מלאכה לתיקונים מחוץ למשרד. כשעובדי המשרד נמצאים בחופשה מרוכזת, הטכנאי אינו מבקר בבתי הנכים ואינו עושה תיקונים, ובמקרי חירום על עובדי הלשכות לפנות אל הספק של הכיסא הממונע.

הביקורת העלתה, שקודם שהוחלט להקים את המערך הארצי, לא קבע משרד הבריאות מבחנים לבדיקת החלופות השונות לביצוע התיקונים, הן מבחינת טיב השירות לנכים והן מבחינת הכדאיות הכלכלית; במהלך השנים 2000 ו-2001 עשה המשרד בדיקות שמטרתן היתה להשוות את ההוצאות על שכר ועל חלקי חילוף הנובעות מביצוע התיקונים בכל אחת מהשנים 1999 ו-2000, בהתאמה,

להצעות המחיר הפרטניות שבתי מלאכה מסרו לו לגבי כל אחד ואחד מהתיקונים שנעשו באותה שנה. לדוגמה, ההשוואה לשנת 2000 העלתה שהוצאות המשרד הסתכמו ב-673,000 ש"ח, ואילו הצעות המחיר האמורות הסתכמו ב-1,639,000 ש"ח, ומכאן הסיק המשרד כי באותה שנה הוא חסך כ-1 מיליון ש"ח.

משרד מבקר המדינה העלה, שלא נקבעו מבחנים מהימנים להשוואה בין החלופות ולא הובאו בחשבון מלוא העלויות של המערך הארצי, כמו, למשל, ההוצאות על החזקת המשרד של מרכז התיקונים והמחסן שבו נעשים תיקונים ובו מוחזקים חלקי חילוף, ועל הציוד באותם מבנים; משרד הבריאות לא הביא בחשבון שאילו ניצל את ה"יתרון לגודל" - האפשרות לקבוע עם בית המלאכה מחיר כולל למאות תיקונים בשנה - היה מוזיל את המחיר של כל תיקון בנפרד. יתרה מזו, גם בהפעלת המערך הארצי המשרד נזקק לעתים לשירות של בתי מלאכה.

מרכז התיקונים המרכזי נמצא ביפו, ופעמים רבות נכים צריכים להגיע אליו לשם תיקונים קלים בכיסא הממונע שברשותם. לפיכך היה אפשר לצפות, שהנכים יוכלו להחנות את מכוניתם סמוך מאוד למרכז התיקונים, ולהמתין בה עד לסיום התיקון. אולם המרכז אינו נגיש: הוא נמצא ברחוב שיש בו תנועה ערה של כלי רכב, המדרכה ליד המרכז צרה והחניה לאורכה אסורה. כדי להגיע למרכז נאלץ הנכה להחנות את מכוניתו במקום שהחניה בו אסורה, לפחות חלק מהמכונית חונה על המדרכה, ולהפריע לתנועת כלי הרכב ברחוב. משרד הבריאות השיב למשרד מבקר המדינה, כי בכוונתו להעביר את מרכז התיקונים למקום אחר, שבו תהיה גישה נוחה לנכים.

כאמור, אם יש צורך, בא הטכנאי לבית הנכה לשם תיקון הכיסא הממונע. התברר, שאין קשר ישיר בין הנכה לבין מרכז התיקונים או הטכנאי; הלשכה מתווכת בין הנכה לבין המרכז, אולם עובדיה אינם יודעים באיזה שלב נמצא התהליך, ואף לא מתי יכול הטכנאי לבית הנכה; משום כך אפשר שהנכה יפנה אליה פעמים רבות, אם, למשל, לא הגיע הטכנאי במועד שנקבע, או אם גם לאחר התיקון אי אפשר להשתמש בכיסא. בשל העדר מידע בלשכה, שהיא המתווכת כאמור, נפגעת איכות השירות לנכה.

הצוותים בלשכות הביעו הערכה רבה לעבודתו של הטכנאי ולרמתו המקצועית. אולם הם ציינו, כי יש עליו עומס רב הפוגע בטיב השירות, וכי רמת השירות יורדת במידה ניכרת כשהוא נעדר מעבודתו. מתלונות שהוגשו למשרד מבקר המדינה בעניין זה עולה, שיש שהמתנה לתיקון נמשכת חודש, וכאשר יש צורך בתיקון של הכיסא בעת חופשה מרוכזת של משרד הבריאות, אין הנכה יודע למי עליו לפנות.

בדצמבר 2001 הודיע שר הבריאות, כי בעקבות ממצאי הביקורת הוא החליט להקים ועדה לבחינת "כל ההיבטים המקצועיים המצוינים בדו"ח ואת הצעדים הנדרשים לתקון הלקויים".



לפי חוק ביטוח בריאות ממלכתי, התשנ"ד-1994, משרד הבריאות משתתף במימון של מכשירי שיקום וניידות. הביקורת העלתה כי המשרד קיבל עליו לספק את המכשירים בעצמו אף שהחוק אינו מחייב אותו לעשות זאת, והוא רשאי להתמקד בקביעת מדיניות בעניין זה, בהשתתפות במימון רכישת המכשירים ובפיקוח על הרכישה. ההליכים הנהוגים במשרד לאישור השתתפותו במימון רכישת המכשירים, אספקתם ותחזוקתם, הם ארוכים ומסורבלים, והמשרד פועל כחלק מ"שרשרת" של גופים שמשרתים את ציבור בעלי המוגבלות בנושא אישור המכשירים.

המשרד אמנם הצהיר על כוונתו להעביר לקופות החולים את האחריות לטיפול בנושא, וגם דן באפשרות להעביר לחברה פרטית את הטיפול ברכישת המכשירים, אולם עד מועד סיום הביקורת לא נעשה דבר בעניין.

לדעת משרד מבקר המדינה, על משרד הבריאות לקדם את המהלך של העברת הטיפול בנושא המכשירים לגופים מחוץ למשרד שביכולתם לתת לנכים שירות מקצועי מתאים. הדבר יאפשר למשרד להתפנות לביצוע משימותיו העיקריות, ובהן פיקוח ובקרה על השירות האמור. עם זאת, כל עוד הטיפול בנושא נמצא בידי המשרד, עליו לפעול לאלתר לייעולו ולקיצורו של תהליך הטיפול בבקשות למכשירים. הדבר חשוב במיוחד נוכח העובדה שהמבקשים הם אנשים בעלי מוגבלות שבלי המכשיר יתקשו לתפקד, ואיכות חייהם תיפגע בצורה קשה.

משרד החינוך

שילוב תלמידים בעלי צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל

בשנת 2001 היו במערכת החינוך בישראל כ-1.56 מיליון תלמידים; לפי אומדנים, כ-160,000 מהם סובלים ממוגבלויות (פיזיות, חושיות, נפשיות או שכליות), מחלות כרוניות ובעיות למידה²⁷ והתנהגות (להלן - תלמידים בעלי צרכים מיוחדים). מקצתם של תלמידים אלה לומדים במסגרות לחינוך מיוחד, ומרביתם במסגרת החינוך הרגיל.

הגישה המדגישה את זכותו של הפרט, על שונותו ומוגבלויותיו, להשתלב בקהילה באה לידי ביטוי גם בחוק חינוך מיוחד, התשמ"ח-1988 (להלן - חוק חינוך מיוחד), הקובע שיש להעניק "זכות קדימה להשמתו [של ילד בעל צרכים מיוחדים] במוסד חינוך מוכר שאינו מוסד לחינוך מיוחד".

בחודשים פברואר-ספטמבר 2001 בדק משרד מבקר המדינה את שילובם של תלמידים בעלי צרכים מיוחדים בחינוך הרגיל. הבדיקה נעשתה במשרד החינוך, בכמה משלוחותיו ביישובים ובמחוזות. כמו כן נערכו ביקורים ב-20 בתי ספר בחינוך הרגיל (בהם בתי ספר יסודיים, חטיבות ביניים, בתי ספר ממלכתיים וממלכתיים-דתיים ובתי ספר של המגזר הערבי ושל המגזר החרדי), וכן נאספו נתונים ממחקרים ומגופים ציבוריים שעסקו בנושא.

הרקע החברתי-כלכלי של התלמידים

בשנים 1996-1998 עשה מכון ברוקדייל מחקר על ילדים בעלי מוגבלות בישראל²⁸. המחקר העלה, שמרבית הילדים בעלי הצרכים המיוחדים באים ממשפחות שמעמדן החברתי-כלכלי נמוך: כ-76% מהמשפחות הן בעלות הכנסה נמוכה; כ-70% מהן מתגוררות ביישובים שמעמדם הכלכלי-חברתי נמוך עד נמוך מאוד; בכ-20% מהן שני ההורים אינם עובדים (גם עקב הצורך לטפל בילד הנכה);

27 בכלל זה, חלק מהתלמידים בעלי ליקויי הלמידה. ראו גם בפרק "תלמידים בעלי ליקויי למידה בחינוך הרגיל".

28 סקירת ספרות בנושא ילדים עם נכויות במצבי סיכון, ג'וינט - מכון ברוקדייל, 2001.